

**MEDICAID / BADGERCARE OVERPAYMENT NOTICE**  
**NOTIFICACION DE SOBRE-PAGO DE MEDICAID Y BADGERCARE**

**INSTRUCCIONES:** Este formulario debe ser llenado por un Economic Support (ES) worker (Trabajador de Apoyo Económico) en la agencia del condado y enviado al recipiente.

Información personal identificable sólo será utilizada para la administración directa de Medicaid y BadgerCare.

Nombre del Recipiente (Apellidos, I Nombre, Inicial II Nombre)

Dirección del Recipiente (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)

Sobre-pagos ocurre cuando los beneficios de Medicaid y BadgerCare son pagados a alguien más que no era elegible para ellos, o cuando los pagos de Medicaid y BadgerCare son hechos en una cantidad incorrecta. La cantidad a recuperar quizás no excede la cantidad de los beneficios de Medicaid y BadgerCare proveídos incorrectamente.

Usted recibió más beneficios de Medicaid y BadgerCare de los que era elegible. La cantidad de su sobre-pago es \$\_\_\_\_\_ en este periodo \_\_\_\_\_ (fecha) a \_\_\_\_\_ (fecha).

Por ley usted debe devolver el sobre-pago, que es resultado del tipo de error descrito a continuación. Un Acuerdo de re-pago de Medicaid y BadgerCare le será enviado, este explica como puede devolver este sobre-pago.

**Razón de Sobre-pago**

Error del Recipiente

Error del Recipiente es cuando el recipiente, o cualquier otra persona responsable por dar información en nombre del recipiente, involuntariamente exponen erróneamente la información o factores. Un error del recipiente incluye:

- Información expuesta incorrectamente u omisión de factores por el recipiente, o cualquier otra persona responsable por dar información en nombre del recipiente, en una solicitud o revisión de Medicaid y BadgerCare.
- Fallo por parte del recipiente, o cualquier otra persona responsable por dar información en nombre del recipiente en reportar los cambios correspondientes entre los 10 días siguientes.

Fraude

Fraude ocurre cuando un recipiente intencionalmente omite o provee información errónea al momento de la solicitud o revisión.

**Explicación del Error:**

**Derecho a Audiencia**

Usted tiene el derecho a solicitar una audiencia imparcial si usted cree que la decisión de la agencia que usted recibió un sobre-pago de Medicaid y BadgerCare es incorrecta o si usted no esta de acuerdo con la cantidad del sobre-pago. Usted recibirá una Notificación de Decisión que explica sus derechos a la audiencia y como apelar. La notificación le explicara que puede solicitar una audiencia oralmente o por escrito, entre los 45 días siguientes a la fecha de esta notificación. Puede ser representado en una audiencia por cualquier persona que usted elija.

SIGNATURE – Economic Support Worker

Date Signed

County Agency Name

Case Number

Mantenga una copia para el archivo del caso.